

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

604

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Karl JONARD

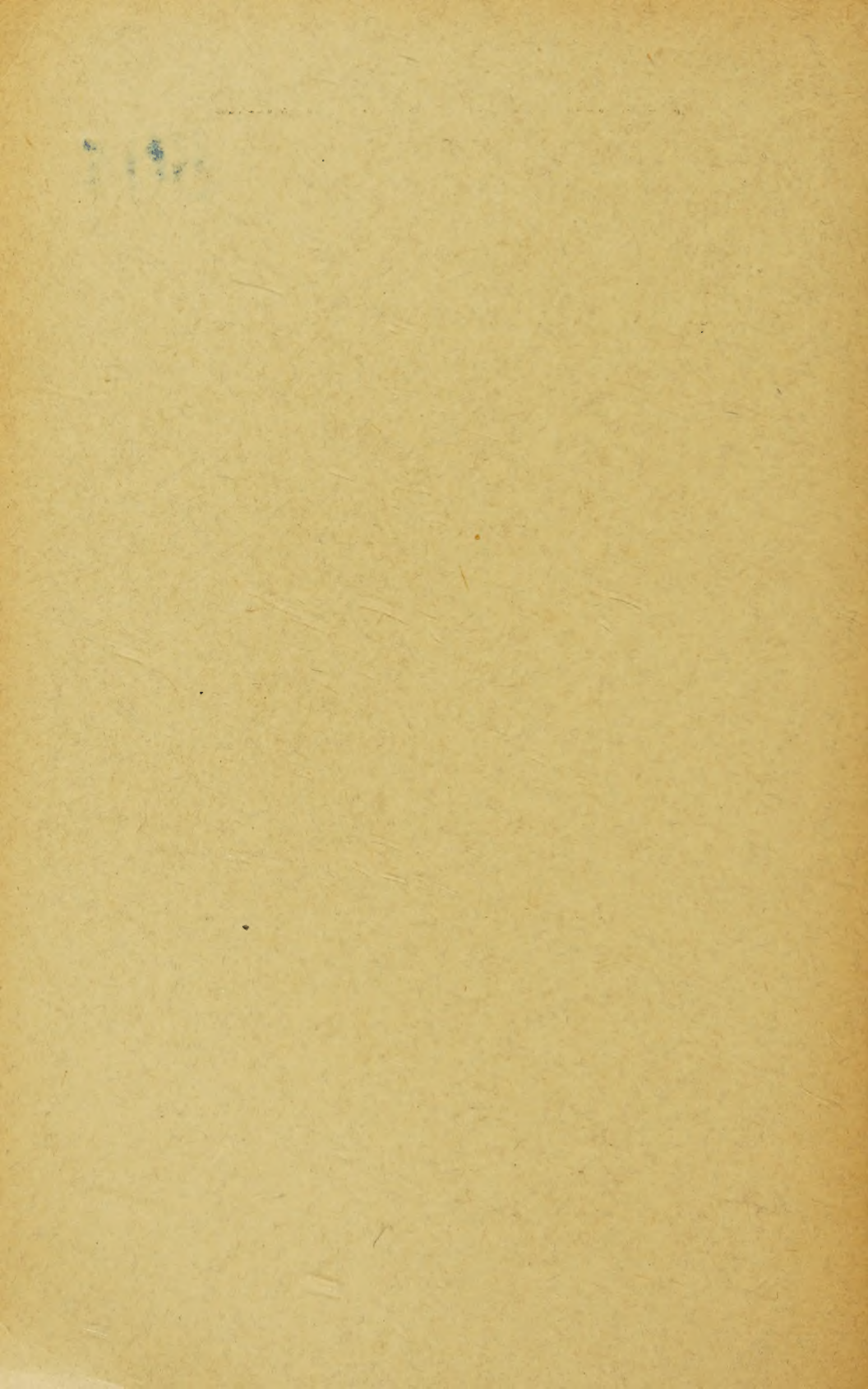
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 10 Mai 1902 à Arras (Pas-de-Calais)

DE LA CURE
DES GRANDES CYSTOCÈLES VAGINALES

Président : G. MARION, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Karl JONARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 10 Mai 1902 à Arras (Pas-de-Calais)

DE LA CURE
DES GRANDES CYSTOCÈLES VAGINALES

Président : G. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

—
1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale
CHIRAY Clinique médicale.
N... Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
BASSET..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .. Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
LE LORIER..... Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans
chaire.....

FREY.....
CHAILLEY-BERT, agrégé...
LEDOUX-LEBARD.....
WEIL-HALLÉ

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés
de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*In memoriam*)

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION

Professeur de clinique urologique de la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PROUST

Professeur

Chirurgien de l'hôpital Laënnec

Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

LE DOCTEUR TOUPET

Chirurgien de l'hospice de Bicêtre

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL (*In memoriam*).

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*In memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL, (*In memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

Internat provisoire 1927

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

PROFESSEUR AGRÉGÉ MESGER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON EDOUARD.

Internat 1929

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARIER (*In memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE (*In memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOREAU.

A MESSIEURS LES DOCTEURS BRAINE, MAURER,
ET WELTI.

DE LA CURE DES GRANDES CYSTOCÈLES VAGINALES

Il est difficile de dissocier la cystocèle vaginale du prolapsus génital, dont elle est un des éléments.

Cependant, nous aurons ici pour but son traitement, isolé par une technique toute particulière, opération par voie abdominale la cysto-hystéropexie, selon le procédé de notre Maître le Professeur MARION.

Auparavant, nous donnerons un aperçu anatomique, clinique de cette lésion, nous passerons en revue toutes les techniques préconisées. Il nous apparaîtra que ces dernières donnent en général un résultat immédiat satisfaisant, mais que les suites lointaines prennent parfois leur revanche, par une récurrence ou même un échec total.

Cette revue générale des opérations contre la cystocèle, montrera que la réparation des grandes cystocèles vaginales, est chose toujours extrêmement difficile et provisoire, car pour soutenir la vessie en place, nous ne disposons que de matériaux très précaires.

Par contre la voie abdominale fournit un matériel

solide : la portion vaginale, trigonale de la vessie et la face antérieure de l'utérus.

Pour saisir le mécanisme de la cystocèle, il est indispensable d'étudier le mécanisme des prolapsus génitaux. Nous donnerons un aperçu succinct des connexions utérines, des moyens de suspension et de soutien de l'appareil vésico-utéro-vaginal.

CONNEXION UTÉRINE

A l'état normal, le col fait un angle droit avec l'axe du vagin, il vient reposer sur sa paroi postérieure. Cette situation explique que l'utérus ait peu de tendance à descendre dans le conduit vaginal. Mais, que l'utérus se mette en rétroversion, il devient parallèle à l'axe du vagin, l'utérus pénètre, tel un tube de télescope, dans le conduit vaginal, il se produit un véritable glissement de l'appareil utéro-vaginal.

Il existe des connexions importantes vésico-utérines. La base vésicale est soutenue de façon différente : la portion fixe ou trigone de PAWLICK est adhérente au vagin ; une seconde portion située en arrière du muscle inter-urétral, repose sur les ligaments vésico-utérins, et sur le conduit vaginal auquel elle est unie par du tissu lamelleux. Ce tissu lâche se laisse facilement dissocier, mais fixe assez intimement la vessie à l'utérus et au vagin pour en suivre les déplacements (GRÉGOIRE).

En somme, le prolapsus se caractérise par le glissement de tout l'appareil utéro-vaginal. Et, de plus les connexions vésico-vaginales, se faisant par l'in-

termédiaire de tissus lâches, rend la vessie solidaire du déplacement vaginal antérieur.

Les moyens de suspension de l'utérus sont représentés schématiquement, par les six ligaments ronds, larges et utéro-lombaires. Leur rôle est peu important. Cependant, la base du ligament large est épaisse et résistante, elle entoure le col utérin d'une traînée fibro conjonctive dense, que constitue la gaine hypogastrique. Cette gaine s'individualise en avant, sous forme d'un tractus antéro-postérieur, qui du pubis côtoie la vessie, se jette sur les côtés du col utérin et du vagin, formant les ligaments pubo-vésico-utérins. Entre les ligaments pubo-vésico-utérins, existe un espace déhiscent, point faible anatomique, qui sera le point de départ de la cystocèle.

Quant aux moyens de soutien, constitués pour tout l'appareil vésico-vaginal, par le périnée dont la couche profonde est formée par le muscle releveur de l'anus, et le muscle ischio coccygien ; la couche moyenne, constituée par le muscle transverse profond et le sphinctere externe de l'urètre, le groupe superficiel comprend le sphinctere externe de l'anus, et le constricteur de la vulve.

Il est important de noter, que le périnée antérieur ne comprend en réalité que le constricteur de la vulve, et le muscle ischio-caverneux. A ce niveau, les bords du releveur de l'anus sont très éloignés, de sorte que l'adduction des muscles constricteurs, et des bords du releveur, est chose quasi impossible pour tenter une réparation : une cure de grande cystocèle.

En résumé, il existe un point faible entre les ligaments pubo-vésico-utérins, qui prédisposent aux cystocèles. Il n'y a pas d'étoffe musculaire pour tenter une réparation ou un soutènement de la vessie : le constricteur de la vulve trop faible, les bords du releveur de la vulve trop éloignés.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Les causes obstétricales jouent un rôle important dans le déterminisme des prolapsus. Accouchements multiples, lenteur anormale du travail, déchirure du périnée.

Malgré leur fréquence, ces causes sont insuffisantes pour expliquer le prolapsus, l'origine des lésions doit être recherchée dans une dystrophie tissulaire, et dans certains cas, à l'infection utéro-annexielle.

Le rôle utérin

Il semble qu'un trouble constitutionnel joue un rôle de premier plan : ptose viscérale multiple, laxité tissulaire semblent constituer une entité morbide mais ces troubles ne sont pas les seuls, et CORRÉ a insisté sur les poussées congestives pelviennes survenant à toutes les périodes de la vie génitale.

A la puberté, ce sont des règles douloureuses, accompagnées de pesanteur abdomino-pelviennes.

Après l'accouchement, la congestion pelvienne est responsable de la subinvolution utérine, l'utérus a

perdu de son élasticité, il est gros et dur, le paramètre est épaissi.

A la ménopause, l'insénescence tissulaire se surajoute à la prédisposition constitutionnelle pour accentuer un prolapsus, qui n'était souvent qu'ébauché (FAYOT).

A cette époque, le ventre devient flasque et ptosique, l'hypotonie musculaire s'accroît, il s'agit en somme d'une période d'atrophie.

L'importance de l'infection

On attribue une importance réelle à l'infection blennorragique ou autre, les vaginites, les métrites et les salpingites qui terminent une infiltration lymphangitique de tout le petit bassin.

A l'appui de cette thèse, on a préconisé la désinfection de l'utérus, pour arrêter la progression du prolapsus. En somme, l'étiologie du prolapsus est sous la dépendance d'un état constitutionnel particulier, et sur ce terrain fragilisé, l'effort sera la condition déterminante des accidents (FAYOT).

Les accouchements multiples, laborieux favorisent l'apparition du prolapsus chez des femmes offrant une laxité tissulaire anormale. Avec Pierre DELBET, on peut ramener les altérations du périnée à deux causes : soit une extrême rapidité de l'accouchement, la peau du périnée restant intacte, et masquant l'effondrement du nœud périnéal musculaire, soit

au contraire une lenteur excessive de l'accouchement, entraînant des phénomènes œdémateux, ces troubles rendent le périnée moins élastique.

L'effort, sous toutes ses formes, contribue à la descente des organes, il accentue un prolapsus déjà constaté, et met en évidence un glissement utéro-vaginal.

Lorsque l'utérus est en antéverson, la pression viscérale agissant de haut en bas, ne déprime point la vessie et le dôme vaginal. Ces organes sont abrités par la matrice anteversée qui « courbe le dos » devant la poussée des viscères, et sert de paravent protecteur à la région vésico-vaginale. Si l'utérus est rétrofléchi, éventualité fréquente dans le prolapsus, la poussée abdominale ne trouvant plus devant elle le corps utérin, glisse sur la face antérieure de la matrice, vient faire pression directe sur l'appareil vésico-vaginal, et prend ainsi une part importante au déroulement du vagin, et à la formation de la cystocèle (FAYOT).

La cystocèle reconnaît donc à son origine un glissement vaginal. Les choses en restent là tant que la suspension utérine suffit au maintien de la matrice, mais peu à peu, sous l'influence d'efforts répétés, de la pression abdominale permanente, de l'atonie musculaire, les ligaments utérins s'étirent, la gaine hypogastrique perd de sa souplesse, et la cystocèle apparaît.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous décrirons une petite et grande cystocèle, le prolapsus isolé d'un seul organe n'est pas rare, il s'agit alors de véritables hernies de force à travers un périnée intact.

Petite cystocèle

A l'examen d'une malade atteinte de petite cystocèle, on constate, que la paroi vaginale antérieure fait une procidence muqueuse peu marquée, la paroi postérieure semble, n'avoir subi aucun glissement, au toucher vaginal le col n'est pas abaissé, le corps utérin en antéversion normale et s'offre aisément à la main qui palpe la région suspubienne. Lorsque la malade pousse, une cystocèle légère apparaît sous forme d'une tumeur arrondie du volume d'une noix, tumeur molle et réductible. Cette cystocèle s'accompagne parfois d'une urétrocèle, celle-ci est responsable de la légère incontinence d'urine qui marque si souvent le début des troubles fonctionnels. Quant à la paroi vaginale postérieure, elle ne subit aucune

impulsion, on pourrait croire que la cystocèle est la seule manifestation du prolapsus, en réalité le toucher rectal décèle une rectocèle à son début.

Cystocèle légère, rectocèle décelable au toucher rectal, tels sont les éléments de l'affection. Ces lésions, peu apparentes sont destinées à s'accroître. On doit opérer : ces lésions seraient responsables des tiraillements lombaires, des pesanteurs pelviennes, de la dysurie intermittente dont souffrent ces malades.

A un degré de plus, la cystocèle est plus volumineuse lorsque la malade pousse, les parois vaginales se déroulent accentuant la cystocèle, décelant la rectocèle, toujours plus petite, et le col utérin fait saillie hors de la vulve, pour entrer dans le vagin lorsque cesse la contraction musculaire. Il faut préciser l'état de la vessie, certaines malades souffrent de miction fréquente et douloureuse, d'incontinence légère, se traduisant par l'expulsion d'urine à la toux ou à l'effort. Ces troubles, qui dépendent d'un étirement du sphinctère vésical et avoir leur répercussion sur tout l'arbre urinaire. La pyélographie et la cysto-radiographie, ont pu mettre en évidence une elongation considérable des urtères, accompagnée parfois, d'une dilatation du bassin (BRACKMANN) ces lésions du tractus urinaire sont dues à l'inclusion du trigone vésical dans le point faible antérieur, ou hiatus génitalis, par lequel s'engage la cystocèle. Ces altérations, seraient d'autant plus prononcées, que le trigone aura été longtemps enserré par l'anneau

musculaire du releveur. La dilatation maxima des voies urinaires supérieures, seraient donc la conséquence d'une cystocèle, depuis un temps assez long dans un hiatus génitalis étroit (HALBAN).

La grande cystocèle

Ici la cystocèle est à son maximum, et forme une énorme tumeur, qui pend à la vulve quand la malade fait un effort, de toute évidence la vessie est étirée, aplatie, plaquée contre la paroi antérieure de l'utérus, et descend parfois jusqu'à l'affleurement de la lèvre antérieure du col de la matrice. La muqueuse vaginale a perdu son aspect habituel, elle est lisse, rosée, pâle, au palper l'ensemble de la tumeur donne une sensation de mollesse à travers laquelle la palpation attentive permet de délimiter l'utérus. La rectocèle est toujours modérée, le toucher rectal vérifie que le rectum n'a pris qu'une part minime au glissement de la paroi vaginale postérieure. Pour examiner la vessie, il faut comme le conseille NORA introduire une sonde en gomme par l'urètre en se dirigeant en bas et en arrière, la sonde s'engage dans le bas fond vésical et sera perçue par le palper sur la face antérieure de la tumeur vaginale. A la cystoscopie la vessie apparaît comme aplatie d'avant en arrière il faut porter le pavillon du cystoscope très bas, le dôme vésical est effilé en cône et la bulle d'air se cache très haut.

L'élément douloureux fait souvent défaut, simple pesanteur pelvienne, tiraillement lombaire mais des troubles urinaires sont plus impératifs. Ce sont des envies fréquentes, incontinentes et quelquefois des phénomènes de cystite ; rarement incontinence absolue, la malade garde difficilement ses urines, au moment d'un effort, il en résulte parfois une irritation vulvaire à la face interne des cuisses, pénible pour la malade.

Il existe des lésions associées, la déchirure du périnée est un accident qu'on retrouve très souvent, il s'agit parfois d'une lésion minime d'apparence insignifiante, dans d'autres cas la déchirure se complique d'une rupture du sphinctère anal. La métrite peut être associée aux autres lésions. Enfin il faut faire un bilan de l'état de la malade on recherchera la possibilité de lésions utérines (cancer, fibrome) de lésions annexielles. On complètera par une exploration des poumons, du cœur et du foie.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

On a cherché à soulager les malades par un traitement médical : repos au lit, bains de siège, produit un effet salulaire ; le massage aurait dans certaines mains donné quelques résultats, tous ces moyens médicaux ne sont que des palliatifs, ils peuvent soulager pour un temps très limité ils ne guérissent pas, au moindre effort, à la moindre fatigue la lésion se reproduit.

II. — Traitement chirurgical

L'HYSTRÉOPEXIE DIRECTE

On a cherché à guérir le prolapsus vésical en fixant l'utérus à la paroi abdominale. TERRIER pratiquait l'hystéropexie isthmique, KOCHER l'exohystéropexie en suturant la matrice dans l'épaisseur de la paroi, celle-ci ne peut être conseillée qu'après la ménopause, elle est contre-indiquée chez les malades en âge de concevoir, à moins de les stériliser au cours de l'opération. Quelle que soit la modalité, l'hystéropexie directe est une opération illogique car elle

s'adresse à l'utérus isolé et n'empêche nullement les parois vaginales de continuer leur glissement, elles ne peuvent avoir la prétention de guérir la cystocèle et de maintenir en bonne place « le seul coupable » le vagin.

L'HYSTÉROPEXIE INDIRECTE

On suspend l'utérus par les ligaments ronds ou plus rarement les ligaments utéro sacrés. Ces ligaments sont avant tout des organes d'équilibre, ils n'ont pas de résistance pour permettre d'amarrer un utérus soumis à deux forces permanentes : la pression abdominale et la traction vers le bas par le vagin non soutenu. La ligamentopexie par le procédé extra abdominal d'ALQUÉ ALEXANDER ou intra-abdominal type BALDY, DARTIGUES, DOLÉRIS. n'est pas plus efficace que l'hystéropexie directe en tant qu'opération isolée. Pour les petites cystocèles il faut ajouter une colpopérinéoraphie qui est un adjuvant utile.

Mais dans les grandes cystocèles, l'hystéropexie seule ou accompagnée d'un colpopérinéoraphie ne peut lutter contre la lésion qui réclame un traitement spécial.

LA FIXATION DU MOIGNON DU COL APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE

Il n'est pas question de poser au prolapsus vésical

une hystérectomie sub-totale, mais au cours hystérectomie pour lésion utéro-annexielle, on peut fixer le col utérin comme moyen préventif, cette suspension du col est faite systématiquement par de nombreux chirurgiens. JACOBS pratiquait la trachélopexie en suturant le moignon cervical au ligament large. DELASSUS fixe le col entre les deux droits de l'abdomen. HAUTEFORT a décrit une technique ingénieuse, le moignon cervical est incisé transversalement, les ligaments ronds sont croisés et fixés dans cette gouttière cervicale dont ils deviennent solidaires. Ce procédé a donné des résultats, mais n'a pas empêché des récidives, sous formes de cystocèle, un à deux ans après l'intervention.

La Voie Basse

Nombreuses sont les interventions par voie basse. les procédés sont innombrables ; deux procédés sont à retenir, l'interposition vésico-vaginale, et la colpectomie antérieure, suivie de myorraphie.

INTERPOSITION VÉSICO-VAGINALE DE L'UTÉRUS.
— C'est l'opération de SCHAUTA peu pratiquée en France, nous en rappellerons la technique. On incise verticalement la paroi antérieure du vagin, depuis le méat jusqu'au cul-de-sac antérieur, puis on décolle les lèvres vaginales très loin sur les côtés. On procède à un clivage méticuleux du plan vésico-utérin, après ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, on saisit

le fond du corps le fond du corps utérin que l'on bascule en avant, pendant qu'on refoule le col dans le haut. Suture de la lèvre péritonéale antérieure à la face postérieure de l'utérus, ainsi basculé. Enfin, on suture la face postérieure de l'utérus basculé, la partie inférieure de la vessie décollée, on fixe au fond utérin, le ligament suos-pubien, et la partie pubienne des releveurs, Les deux lambeaux vaginaux sont réunis l'un à l'autre en enfermant entre leurs faces profondes et la vessie, le corps utérin avec la face antérieure en contact. On complète l'opération par une périnéorrhaphie postérieure. Au cours de l'intervention, si la femme est jeune, les annexes sont enlevées, pour stérilisation. Cette opération est une opération de choix, chez les femmes ménopausées atteintes de cystosèle importante, mais il faut que le corps utérin soit très mobile. La statistique de BAER, et REIS, est de quatre vingt onze cas, avec une mort par embolie. En France, LOISON sur trente cas, opérés par POLLOSSON, donne vingt six résultats parfaits, deux médiocres, et deux mauvais. Il attire l'attention sur l'atrophie postopératoire de l'utérus inclus. BAGOUIN, sur un total de cinq cent quarante huit opérations, relève cinq morts. Enfin, COTTE, qui a pratiqué quarante deux fois l'interposition, conseille cette intervention, lorsque l'utérus est petit, afin qu'il puisse se loger sous la vessie, et fermer l'hiatus génitalis. Il n'a constaté aucune récurrence, il est vrai, qu'il la réserve pour les cas de cystocèle peu accentuée. En Allemagne, les échecs opératoires seraient dûs

au fait que le col restant dans l'axe du vagin, aurait une tendance de s'abaisser de plus en plus, sous l'effort, la pression abdominale. C'est pourquoi, nombreux chirurgiens allemands, ont combiné à l'interposition de SCHAUTA, soit l'amputation du col, soit sa fixation par les ligaments ronds, ou les ligaments utérosacrés. Quant à KIELLAND il résèque les lèvres antérieures du col utérin, de sorte que, l'orifice cervical regarde en haut, après la bascule du corps utérin, le col n'est plus ainsi dans l'axe du vagin.

Il est certain, que l'interposition de SCHAUTA, modifiée ou non, a pu donner de très bons résultats, entre les mains de chirurgiens éprouvés. Cette opération, est d'une complexité hors de proportion avec le résultat qu'on cherche à obtenir. J. L. FAURE lui reproche son manque de simplicité, d'autant que certaines statistiques relatent des accidents : DODERLEIN, rapporte deux cas de gangrène utérine, utérus prisonnier dans sa nouvelle loge. L'embolie du dixième au douzième jour, paraît particulièrement fréquente, de même les blessures de vessie, et les cystites rebelles. Enfin, chez les femmes jeunes qu'on avait négligé de stériliser de sérieuses complications sont survenues au cours du travail de l'accouchement. L'interposition peut aboutir, soit à un échec, soit à une récédive, par bascule du fond utérin en avant de la symphyse par glissement et apparition du col à la fourchette.

En résumé, l'interposition vésico-vaginale de l'uté-

rus, est complexe, moins bénigne que le disent certains chirurgiens enthousiastes.

OPÉRATION SUR LE PÉRINÉE. — La colpectomie avec myorrhaphie occupe une place d'honneur, elle est souvent efficace, BOUILLY annonçait quatre vingt pour cent de guérison. Cependant, il est nécessaire de s'entendre sur la qualité des guérisons, telle malade n'a plus de tiraillements lombaires, ou de pesanteurs pelviennes, les troubles urinaires ont disparu, les organes pelviens sont en place, on peut conclure à un résultat anatomique et fonctionnel parfait. Chez telle autre malade, les troubles subjectifs se sont amendés, et au cours d'une fatigue, d'un effort, une cystocèle légère fait saillie. On se trouve en présence d'un état fonctionnel excellent, malgré un résultat anatomique médiocre.

La colpoperinéorrhaphie s'adresse à la cystocèle, il est indispensable de faire une véritable cure radicale, d'en réaliser la réduction, et enfin la contention. Il faut libérer complètement cette cystocèle et pousser le décollement de la vessie très loin, très haut, jusqu'à la région ishmique de l'utérus, latéralement le clivage doit être total, la poche vésicale est libérée de telle sorte qu'elle peut être enfuie et ou plicaturée, de ce fait la colporraphie devient très large, il est toujours possible de suturer non les releveurs, mais quelques tractus des muscles ischio-caverneux qui vont constituer un soutien minime mais suffisant à la vessie, Celle-ci réduite de volume, refoulée sous le

péritoine, plicaturée, adossée sur le fond utérin, a peu de tendance à descendre. Le point important de cette technique (MOLIN et CONDAMIN) semble être surtout la libération totale de la cystocèle, sa plicature et l'adossement direct de la muqueuse vaginale à toute la face antérieure, sous-péritonéale de l'utérus, la myorrhaphie des releveurs complète l'opération antérieure, voici leur technique :

1^o Incision verticale, médiane, depuis le méat de l'urètre jusqu'à la réflexion de la muqueuse vaginale sur le col ;

2^o Dissection de deux larges valves latérales, séparant la vessie du vagin, ce clivage est poussé très loin latéralement et remonte en haut sous l'utère ;

3^o La cystocèle est ainsi complètement exposée, l'exploration avec un béniqué permet de reconnaître la pointe de la vessie et de mesurer le degré de l'affection ;

4^o Clivage de la vessie d'avec l'utérus, c'est un temps long et délicat, la vessie est peu à peu libérée, refoulée, ce clivage doit être poussé très loin latéralement ;

5^o La cystocèle complètement libérée est mobile, on peut la réduire au delà de l'utérus. On plicature la vessie ou on l'enfouit au catgut ce qui fait disparaître la poche ;

6^o Résection d'une bande de chaque valve de muqueuse vaginale ;

7^o Suture des lambeaux vaginaux : le fil charge l'épaisseur de la tranche vaginale, et les tractus

musculaires qu'il peut rencontrer ainsi que du tissu préutérin, supprimant ainsi tout espace mort.

8° On complète s'il y a lieu par une myorrhaphie des releveurs.

Cette technique qui s'adresse aux petites et moyennes cystocèles, paraît avoir donné entre les mains de leurs auteurs des résultats excellents. Au point de vue anatomique, une seule malade présente une récurrence sérieuse, vingt ont une contention vésicale parfaite, cinq présentent une impulsion vésicale à la toux.

Au point de vue fonctionnel, les résultats sont un peu moins satisfaisants, les malades présentent des phénomènes d'incontinence très minimes, il est vrai : écoulement involontaire de quelques gouttes d'urine pendant de fortes secousses de toux, il y aurait lieu de faire chez ces malades une réfection du col vésical. D'autres présentent, soit une miction un peu plus fréquente que normalement, soit un syndrome de polakyrurie, qui crée aux malades des ennuis sérieux. En résumé, très bons résultats anatomiques, bons résultats fonctionnels, bénignité absolue.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA GRAVIDE CYSTOCÈLE

Nous rappellerons pour mémoire le cerclage du vagin tenté par FREUND, il a été repris par DEFOURMESTRAUX. Un fil d'argent en faufile sous la muqueuse vaginale à trois centimètres de la vulve, il passe en haut à la paroi vésico-vaginale, en bas à la cloison recto-vaginale, le fil est fermé en bourse, réalisant ainsi un pessaire sous muqueux. Ce cerclage rétrécit le vagin, et devient bientôt intolérable : la muqueuse vaginale s'ulcère.

L'OPÉRATION DE LE FORT. — Elle consiste à faire un avivement des parois vaginales que l'on accole sur une large étendue ne ménageant que deux pertuis latéraux, pour l'écoulement des sécrétions vaginales. Très en vogue en France, CHAVANAZ, COTTE, LEJARS, SAVARIAUD se font les défenseurs de cette intervention.

En présence des nombreux succès publiés, on ne peut contester les qualités de la technique. En effet, c'est une opération simple, rapide et bénigne, la bride cicatricielle constitue un soutènement solide

de la cystocèle, d'autant plus que l'opération peut être complétée par une périnorrhaphie postérieure. Cependant, il existe des inconvénients, des échecs même : On a vu un prolapsus réapparaître deux mois après par rupture de la bride fibreuse. Dans un autre cas la cicatrice déviée ménageait un espace latéral à travers lequel la cystocèle récidivait, faisait hernie. Enfin, on note une récurrence complète après l'intervention par manque total de cicatrisation des surfaces vaginales avivées. Enfin, il peut-être dangereux de laisser derrière une colonne vaginale un utérus dont le col et le corps peuvent dégénérer. L'utérus peut-être métritique, les gouttières latérales sont parfois insuffisantes, les sécrétions utérines s'accumulent derrière la bride médiale transformant le vagin en cloaque. Nous n'insisterons pas sur la dernière objection, la suppression des fonctions sexuelles.

COLPECTOMIE TOTALE (MULLER). — Contre la cystocèle, il reste enfin la colpectomie totale ou sub-totale, c'est le procédé de MULLER, on supprime le vagin en disséquant deux lambeaux vaginaux, on décolle la vessie, on ampute le col, enfin on termine par un enfouissement progressif de l'utérus de haut en bas. Cette technique a été vulgarisée en France par SAVARIAUX, et DUJARIER, ce dernier a publié quinze cas sans récurrence et sans mortalité. La colpectomie a donné de bons résultats, cependant, il faut savoir que le dépouillement vaginal peut être difficile et entraîner une hémorragie en

nappe compromettant la réussite de l'entreprise. La colpectomie est passible des mêmes reproches que le cloisonnement du vagin, l'utérus enfoui échappe à tout examen, il évacue difficilement les sécrétions, il peut se cancériser.

L'HYSTÉRO-COLPECTOMIE. — Réalisée la première fois par FRITSCH, reprise en France par CHAPUT et POZZI, recommandée par LAPOINTE, l'hystéro-colpectomie est une excellente opération, c'est malheureusement une opération mutilante en premier chef, car elle exige la suppression de l'utérus, elle réduit presque en totalité le vagin.

Mais elle offre l'avantage de supprimer toute récurrence, car elle permet une myorrhaphie complète des releveurs dont les faces aisément réparables sont suturées. En effet, il ne s'agit pas d'une myorrhaphie antérieure ou postérieure, mais d'une myorrhaphie totale fermant le périnée jusqu'à la vessie. On pratiquait autrefois l'hystéro-colpectomie totale. Le docteur BERGERET, dans la thèse de FAYOT, a décrit l'hystéro-colpectomie sub-totale qui a l'avantage de conserver la partie inférieure du vagin jusqu'à la hauteur des releveurs. Cette intervention se régit par la technique suivante :

1^o L'hystérectomie vaginale, par un procédé qui rappelle celui de SEGOND. La section première des artères utérines et des implantations fibreuses avoisinantes permettent un abaissement considérable de l'utérus. On complète ainsi aisément l'hystérec-

tomie par la ligature des pédicules annexielles et des ligaments, on ferme ensuite le péritoine avec soin ;

2^o Colpectomie. L'incision qui marque la limite inférieure de la colpectomie par en haut au dessous du méat, chemine latéralement à la hauteur des releveurs, se termine en arrière à la fourchette. On décolle les deux valves vaginales antérieures et postérieures, le décollement est facilité par deux incisions médianes, le vagin étant ainsi enlevé incomplètement, on assure une hémostase soignée. On rapproche les bords, très apparents des releveurs par quelques points de catgut, et c'est ici mieux que dans toute autre intervention que l'on s'aperçoit de l'insuffisance des releveurs, en avant, sous la vessie. Cette insuffisance est compensée par un plan fait de tout ce qui veut bien se rapprocher (FAYOT). On termine l'opération, par un surjet antéro-postérieur, qui ferme le rudiment de vagin. Cette opération, offre l'avantage d'une cicatrisation rapide, elle est moins mutilante que l'hystéro-colpectomie, mieux acceptée des malades, puisqu'elle comporte une excrèse vaginale incomplète.

CYSTO HYSTEROPEXIE PAR VOIE HAUTE (Professeur MARION)

Il ne s'agit plus ici d'une opération mutilante, l'utérus et le vagin sont conservés. Les moyens de contention ou de soutènement habituels : paroi vaginale réséquée ou non, interposition utérine ligamentopexie directe ou indirecte, sont abandonnés.

Cette opération a été pratiquée sept fois, toutes les malades ont été opérées à l'hôpital, quelques malades ont été revues, dont une trois ans après. Le résultat était parfait. Schématiquement l'opération consiste à fixer la portion vaginale, trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus, puis de fixer l'utérus à la paroi abdominale, remontant de ce fait à la fois l'utérus et la vessie (figure 1 et 2).

1^o Mise en place de deux sondes urétérales dans les urètres. — Cette mise en place des sondes, est indispensable, car, dans cette opération, on risque de prendre les urètres dans la suture, ou encore de les couder quand la vessie sera soulevée, par l'utérus fixé à la paroi abdominale. Il est donc indispensable,

de repérer ces urtères en y plaçant des sondes, avant toute opération ;

2° La paratonie médiane suspubienne. — Comme pour toute opération utérine par vois haute, la malade est en position inversée ;

3° Incision du cul-de-sac vésico-utérin. — Après s'être garni et avoir mis en place un entérostat, l'utérus est relevé en haut et en arrière, la vessie prise par une pince en cœur, est attirée en avant, on incise le péritoine, comme on le ferait dans une hystérectomie susisthmique, au fond du cul-de-sac vésico-utérin (fig. 3) ;

4°. Décollement de la vessie, de l'utérus et du vagin. Le-cul-de-sac péritonéal, étant incisé, on sépare la vessie de l'isthme utérin, puis plus bas, du vagin, et cela aussi bas qu'on le peut comme pour une hystérectomie totale (fig. 4). Ce décollement se fait facilement à la compresse montée, plus la vessie aura été décollée profondément, plus il sera aisé de l'attirer à la partie supérieure ;

5° Suture du bas-fondvésical à la partie supérieure de la partie avivée de l'utérus. — On va attirer ce bas-fond vésical, et le placer devant l'isthme utérin, au moyen de fil de lin passé dans la paroi vésicale le plus bas que l'on peut (fig. 5). Pour ce faire, le plus simple, est de faufiler un fil de lin à la partie tout à fait

inférieure de la paroi vésicale décollée. Les chefs de ce fil sont alors passés dans la paroi antérieure du col utérin (fig. 6). La vessie vaginale se trouve ainsi remontée devant l'utérus. D'autres fils seront placés en échelle au-dessus du premier, sur la partie avivée de la vessie, pour être fixés sur la partie antérieure du col (fig. 7) ;

6° Fermeture du péritoine du cul-de-sac vésico-utérin. Le cul de sac est fermé par un surjet au catgut, surjet semblable à celui d'une péritonisation pour hystérectomie (fig. 8) ;

7°. Fixation de l'utérus à la paroi abdominale. — le procédé que l'on jugera le plus convenable, soit, une ligamentopexie chez la femme en période génitale active, soit, par le procédé de fixation que nous allons décrire chez la femme ayant atteint la ménopause, ou étant préalablement stérilisée.

M. le Professeur MARION pratique cette fixation de la façon suivante :

a) Avivement de la face antérieure du corps utérin à la partie supérieure. Cet avivement se fait au moyen d'une incision en T, dont la barre horizontale est parallèle au fond utérin. On décolle ainsi de larges lambeaux triangulaires (fig. 9).

b) Passage des fils de lin. On passe au nombre de deux ou trois de chaque côté, les fils de lin n° 2. Ces fils traversent les lambeaux et chargent du muscle utérin en passant de bas en haut (fig. 10).

c) Passage de ces fils dans la paroi abdominale. Chacun des chefs des fils de lin, sont passées à travers la partie musculo-aponéphrotique de la paroi abdominale, en ayant soin de ne pas prendre le péritoine. Ainsi, l'avivement utérin est en contact immédiat avec la paroi musculaire (fig. 11).

8° Suture du péritoine pariétal. — On ferme le péritoineau-dessus de la fixation utérine par un surjet au catgut. Le point le plus inférieur réunit le péritoine pariétal au fond utérin.

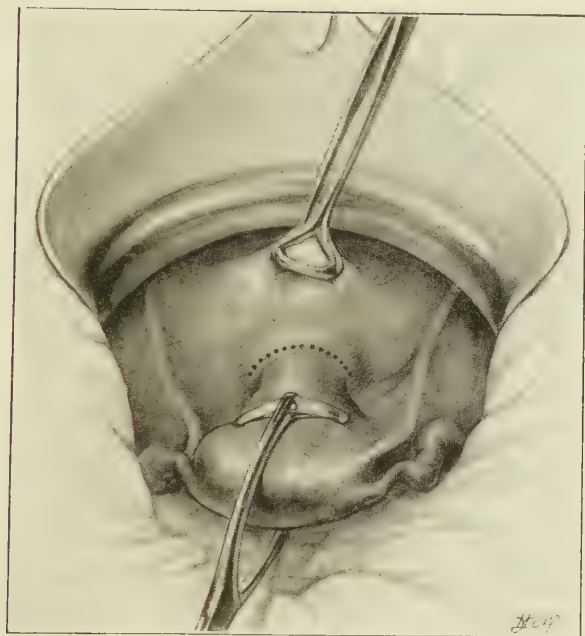
9° Sutures des muscles. — Les muscles sont suturés par des points séparés au catgut n° 4 ou par des crins de Florence perdus.

10° Réparation du périnée postérieur. — Le périnée postérieur est réparé s'il y a lieu par une myorrhaphie des releveurs faite pendant la même séance ou à une date ultérieure.

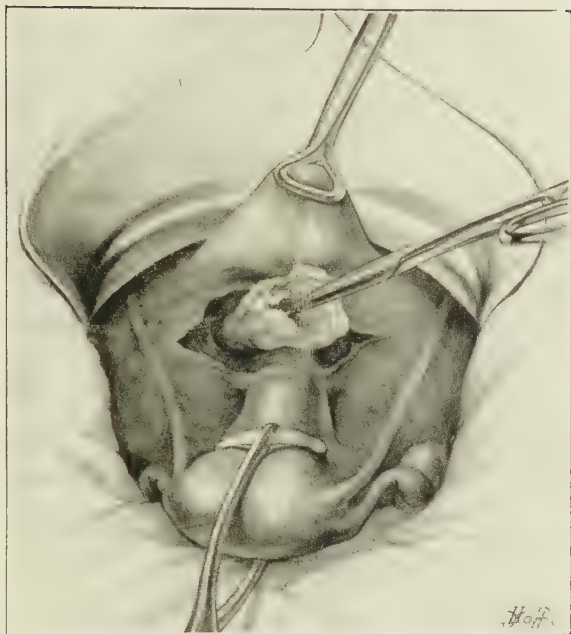
Soins post opératoires. — La diète observée pendant quarante-huit heures, la malade reste constipée cinq jours, si le périnée postérieur a été réparé. Les sondes urétérales, sont laissées en place pendant trois jours, évitant ainsi une anurie par coudure ou par œdème. Le lever sera tardif, quinze ou vingtième jour, comme pour toute opération comportant une fixation.

Cette intervention donne des résultats jusqu'alors excellents. En effet, au point de vue anatomique,

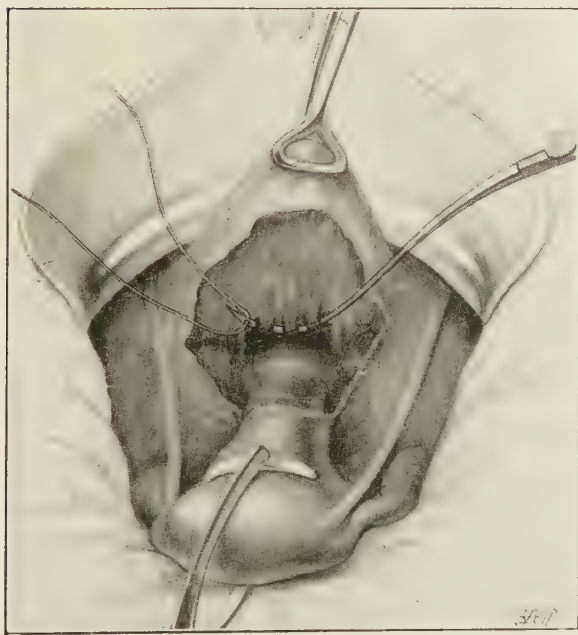
les malades revues ne présentent aucune récédive, la vessie largement remontée n'apparaît plus, l'impulsion vésicale à la toux et à l'effort est normale. La contention vésicale est parfaite. A la palpation, on sent le corps utérin fixé à la paroi abdominale, La vessie pleine présente un dôme perceptible au palper, mais ne gênant jamais la malade. Les résultats fonctionnels ne sont pas moins constants, les douleurs pelviennes, pesanteurs, ont totalement disparu, phénomènes disuriques ont cédé, plus de pollakyurie, enfin l'incontinence d'urine a disparu.



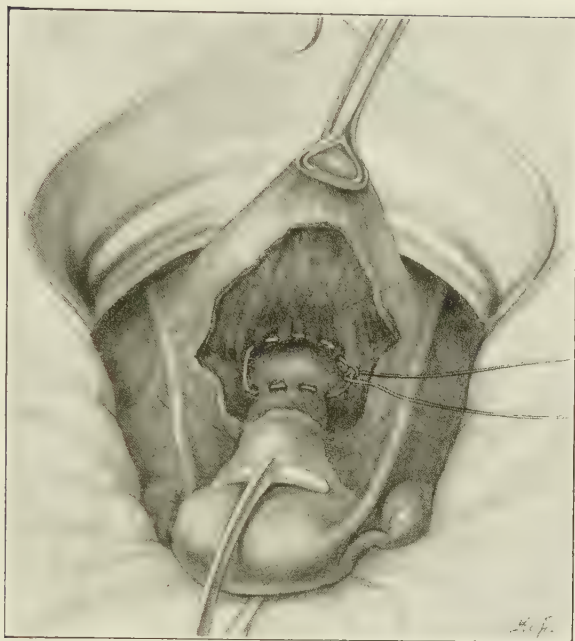
Incision du cul-de-sac vésico-utérin.



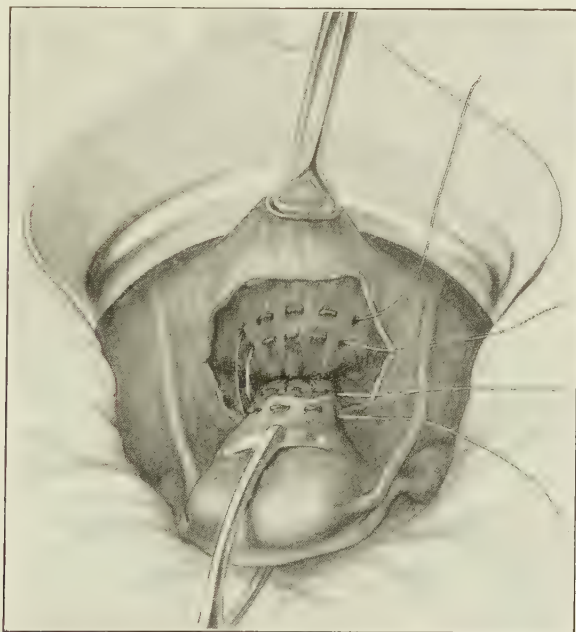
Décollement de la vessie, de l'utérus et du vagin.



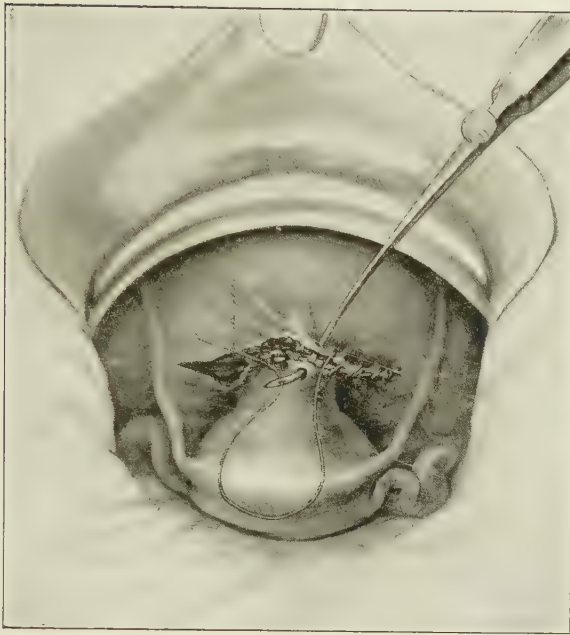
Passage du fil vésical le plus profond au niveau de la portion trigonale.



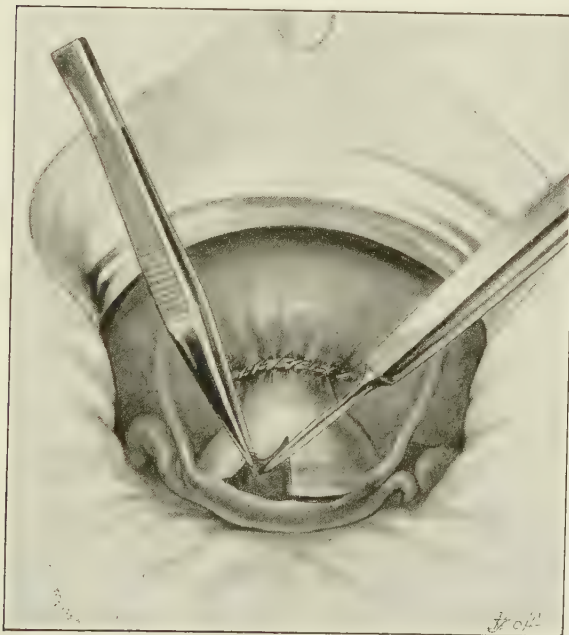
Le fil précédemment placé sur la vessie est passé dans le col de l'utérus.



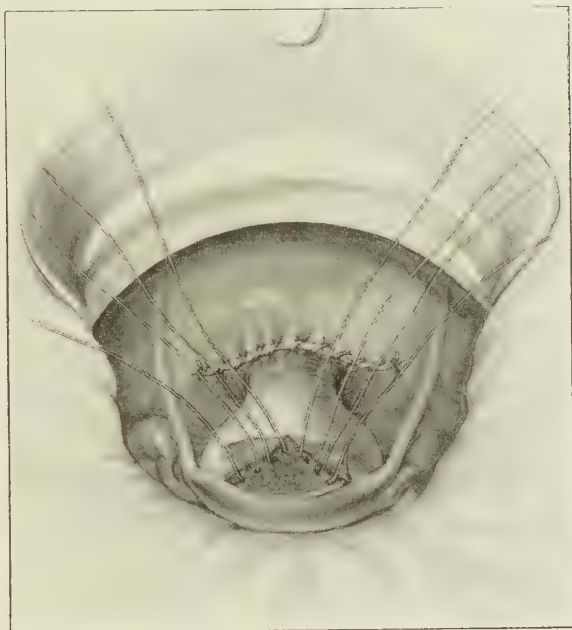
Autres fils ramenant la portion vaginale de la vessie devant l'utérus.



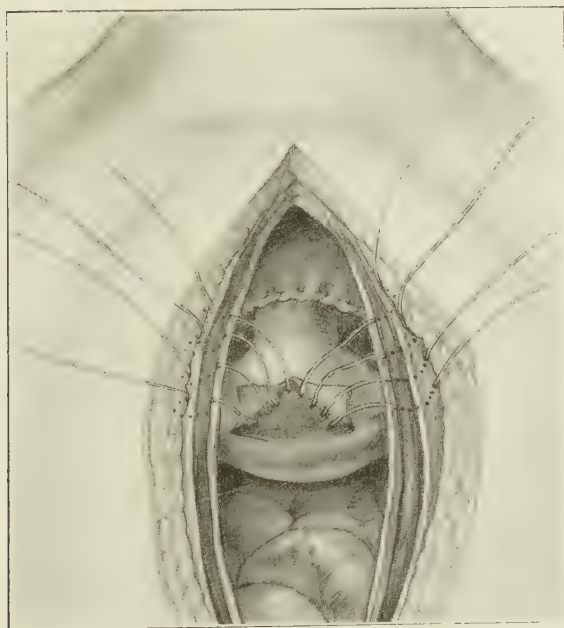
Fermeture du cul-de-sac vésico-utérin.



Avivement de la face antérieure et du fond de l'utérus.



Passage des fils de lin sur la portion avivée de l'utérus.



Passage des fils placés sur l'utérus dans les muscles de la paroi abdominale. Le péritoine n'est pas pris par les fils.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M^{me} C... 40 ans, ménagère, entre à l'hospice de Bicêtre au 14 février 1933 pour douleurs dans la région lombaire, survenant par intermittences. maximum dans la position debout. En outre, la malade se plaint de dysurie, de pollakiurie. *Antécédents obstétricaux*, un accouchement normal, pas de déchirure. *A l'examen*, vulve légèrement béante, la paroi antérieure du vagin se déplisse largement, lorsque la malade pousse, pas de rectocèle, le périnée postérieur paraît intact. Le 17 février, pose de deux sondes urétérales à demeure. *Intervention* le 18 février. (Professeur MARION) Bachi-anesthésie. La laparatomie sous-ombilicale de la zone trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus, fixation de la matrice à la paroi (exohystéropexie). *Suite opératoire normale*, on enlève les sondes le troisième jour, légère hématurie sans lendemain. Au sortir de l'hôpital, cicatrice abdominale intacte, légère impulsion à la toux au niveau de la vulve. Toucher vaginal absolument indolore.

OBSERVATION II. — M^{me} D... 48 ans, ménagère entre à l'hospice de Bicêtre le 14 février, pour des tiraillements lombaires à la marche et à l'effort, et incontinence d'urine à la toux. Urines troubles. Accouchement normal, pas de déchirure. *A l'examen*, on constate une volumineuse cystocèle lorsque la malade pousse, pas de rectocèle. Toucher vaginal, aucune lésion. Le 17 février pose de sondes urétérales

à demeure, on éprouve quelques difficultés à faire monter la sonde droite. *Intervention* (JONARD) le 18 février 1932, laparatomie médiane sous-ombilicale la fixation de la partie trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Exohystéropexie. *Suites opératoires* excellentes. La malade présente un résultat parfait.

OBSERVATION III. — Mme R... 57 ans, journalière, entre le 8 mars 1933 pour cystocèle très accusée et incontinence d'urine. Lorsque la malade pousse, la paroi antérieure du vagin se déplisse, sous forme d'une cystocèle du volume d'une organe, en même temps, quelques gouttes d'urine suinte du méat. Le toucher vaginal permet de reconnaître l'existence de deux masses annexielles latéro-utérine tendues non douloureuses. Le 10 mars pose de deux sondes urétérales. *Intervention* 11 mars (Professeur MARION). Rachi-anesthésie, laparatomie médiane, sous-ombilicale. Il existe un double hydro salpinx : salpingectomie bilatérale. Fixation de la partie trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Exohystéropexie. *Suites opératoires*, ablation des sondes le troisième jour sans incident la malade sort avec un résultat parfait.

OBSERVATION IV. — Mme M... 62 ans, journalière, entre le 15 mars à l'hôpital, pour une très grosse cystocèle, troubles urinaires peu marqués, peu de douleurs. A l'examen, grosse cystocèle apparaissant entre les cuisses, le toucher vaginal permet de sentir un petit utérus. Le 18 mars, pose de sondes urétérales, la sonde gauche ne monte pas s'est arrêtée à 6 centimètres, on se contente de la sonde droite.

19 mars. *Intervention* (JONARD) Rachi anesthésie, laparatomie médiane sous-ombilicale, fixation de la partie trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Exo-

hystéropexie. Suites opératoires normales. La malade sort guérie.

OBSERVATION V. — M^{me} B... 37 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 20 mars pour cystocèle importante et grosse rectocèle, la malade se plaint d'une pesanteur et tiraillements lombaires à la fatigue. *Antécédents* : accouchement, déchirure du périnée. *A l'examen*, la vulve est béante et lorsque la malade pousse les deux parois antérieures et postérieures du vagin se déroulent. Au toucher vaginal, organes normaux. Toucher rectal : sphinctère intact, le doigt en crochet coiffe la rectocèle et la fait saillir dans le vagin. *Le 24 mars*, pose de deux sondes urétérales. *Intervention* le 25 mars (Professeur MARION). Laparatomie médiane sous-ombilicale, fixation de la région trigonale de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Exohysérpexie. *Suites opératoires normales*. Les sondes sont enlevées sans incidents, résultat opératoire parfait. Le 1^{er} avril, on complète la première opération par colpoperinéorraphie postérieure aux fils de bronze.

OBSERVATION VI. — M^{me} G... 35 ans, entre le 10 juillet à l'hôpital pour une récidive de cystocèle. La malade a déjà été opérée par un autre chirurgien, il y a dix ans. On lui aurait fait une colpoctomie antérieure avec hystéropexie. *Le 12 juillet*, pose de sondes urétérales. *Le 13 juillet, intervention* (Professeur MARION) Rachi anesthésie, laparatomie médiane, l'utérus est difficilement mobilisable, on constate qu'il a été fixé par une ligamentopexie à la manière de DOLERIS. On libère le ligament droit qui est resté fixé, le gauche est étiré, allongé. La vessie est difficile à isoler de l'utérus. Fixation habituelle au fil de lin sur la partie isthmique de l'utérus. Hytéréctomie sub-totale, et, on fixe le moignon à la paroi. Suites opératoires excellentes la malade sort guérie.

OBSERVATION VII. — Mme C... entre à l'hôpital le 26 juin 1933. Le cas de cette malade est intéressant à signaler, car la dernière intervention permet de constater l'état de l'utérus et de la vessie après cinq années. Il s'agit d'une véritable observation anatomo-pathologique. L'histoire de la malade est la suivante : la malade entre à l'hôpital de Lariboisière le 20 décembre 1924 pour rectocèle et cystocèle : opérée le 24 décembre (Professeur MARION), colpectomie antérieure, colpopérinéorraphie postérieure aux fils de bronze. En juin 1928, récurrence, opération le 11 juin (Professeur MARION), pose de sondes, laparatomie médiane, fixation de la vessie à la face antérieure de l'utérus, exohystéropexie, la malade sort guérie. En juin 1933, la malade vient consulter le Professeur MARION à l'hospice de Bicêtre pour de petites hémorragies distillantes. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une induration au niveau du col utérin, (lèvre antérieure). Le paramètre est libre. Biopsie pratiquée, donne diagnostic : Cancer du col de l'utérus. (Mlle KOGAN). On profite de la présence de la malade pour se rendre compte du bénéfice de l'opération antérieure. Lorsque la malade pousse, la vulve ne baille pas, il n'y a pas d'impulsion à la toux, il n'y a pas de troubles urinaires, la malade se plaint seulement de quelques tiraillements lombaires. Le 30 juin 1933 intervention (Docteur TOUPET). Laparatomie médiane. La vessie est très adhérente à la face antérieure de l'utérus, le dôme vésical est très haut, grosse difficulté à décoller la vessie de l'utérus et du vagin, difficulté tellement grande que la vessie est blessée au cours de l'intervention, brèche vésicale refermée en deux plans. Opération de WERTHEIM typique, pinces à demeure. Sac de MICKULITZ trois mèches, fermeture un plan. La malade sort guérie.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement idéal de la grande cystocèle vaginale repose sur les données anatomiques :

- le peu de ressource qu'offre la voix périnéale;
- peu de tissu, pas de muscle.

II. — L'étude de la cystocèle nous a montré sa fréquence même isolé, ou tout au moins accompagné d'un très léger rectocèle.

III. — Nous avons insisté sur les points suivants :

a) La vessie est unie au vagin par du tissu cellulaire lâche qui la rend solidaire de la paroi vaginale antérieure ;

b) Il existe entre les ligaments pubo-vésico-utérins une zone déhiscente prédisposant à la cystocèle ;

c) Les bords des releveurs de l'anus, sont très éloignés en avant. Il existe un véritable diastasis des releveurs. Ils ne peuvent servir de moyen de soutènement.

IV. — La genèse de la cystocèle, rarement due à une cause obstétricale, reconnaît :

— un état diasthésique altérant la qualité des tissus ;

— un état physiologique : l'atrophie sénile ;

— et parfois un état pathologique : l'infection de l'appareil génital.

V. — Au point de vue thérapeutique :

Le traitement médical peut rendre des services momentanés, et tire ses indications des contre-indications chirurgicales.

Parmi les nombreuses opérations ;

Nous avons montré les résultats ;

a) des opérations conservatrices dont le type est la colporrhaphie antérieure avec ou sans myorrhaphie des releveurs ;

b) des opérations mutilantes

— opération de Lefort ;

— colpectomie totale ou subtotale.

c) Enfin nous avons décrit l'opération qui, à nos yeux, représente l'idéal, La cysto-hystéropexie : opération non mutilante, entièrement conservatrice, qui fournit un matériel solide : la portion trigonale de la vessie et la face antérieure de l'utérus.

Correctement exécutée, elle ne peut être suivie de récidives.

Vu le Doyen,
ROUSSY

Vu le Président,
G. MARION

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Le traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus (*Archives provinc. de chirurgie*, fév. 1913).
- ABADIE D'ORAN. — *Bull. soc. ch. Paris*, 1912.
- J. B. BANISTER. — Cystocèle (*Internat. clin.*, décembre 1927).
- BECAVIN. — Contribution à l'étude anatomique et histologique du col de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1913-14).
- BERGGLAS. — Anatomie du tissu conjonctif pelvien dans les prolapsus (*Arch. für gynäkologie*, 6 novembre 1929).
- BRÖSE-KRATZ-GOLLY-ZARATE. — Anatomie clinique du prolapsus de l'utérus et de la vessie (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, 1910, t. LXVI, f. 2, p. 475).
- AUTEFAGE. — Traitement chirurgical des grands prolapsus, utérins (*Arch. provinc. de chir.*, août 1910).
- ALTHADE. — Le cloisonnement du vagin, opération de choix dans le prolapsus utérin des vieilles femmes (*La Semana Médica* 12 mars 1925).
- AUBERT. — Le prolapsus génital et son traitement (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. juillet 1927, n° 27, 12 juil. 1930, n° 28 et 19 juil. 1930, n° 29).
- BAER et REIS. — L'opération de l'interposition dans le prolapsus utérin (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, février 1929).
- BAKER SPALDING. — L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, nov. 1927).
- BASTIAN. — L'hystérectomie abdominale dans le traitement du prolapsus utérin. Un nouveau procédé de trachéloplexie ligamentaire double (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1906).

- BAUER. — Sur le traitement opératoire de la rétroflexion utérine et des grands prolapsus (*Wiener Mediz Wochenschrift*, 4 mai 1912).
- BEGOUIN et PAPIN. — Prolapsus génital (*in Précis de pathologie hîr.*, 5^e édition 1928).
- BERNARD. — Traitement chirurgical du prolapsus sénile : l'opération de LE FORT (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 9 avril 1927).
- BOUILLY et LOEWY. — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus (*Revue de gynécologie*, 1902).
- BRETEGNIER. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystéro-colpectomie totale dans la cure des grands prolapsus utérins chez les femmes âgées (*Thèse Paris*, 1919-1920).
- BROCQ et NORA. — Le traitement du prolapsus utéro-vaginal total chez les femmes âgées par l'opération de LE FORT élargie (*Gynéco et Obstetrique*, 1925).
- BROCQ et NORA. — L'opération de choix dans le traitement du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées (*Journ. de médéc. et de chir. pratique*, 10 oct. 1927).
- J. L. BUBIS. — Cystocèle (with report of case of primary cystocèle opération) (*Urol. et Cutan Rev.*, 30, 705, déc. 1926).
- J. L. BUBIS. — Puerpéral gynécology, including gynoplastic repairs of olacérations, primary, cystocèle, and utérine fixation at or short ly after childbirth (*Am. J. Surg.*, 1 194-205, Aug. 1932).
- CARNELLI. — Sur la cure du prolapsus utérin par l'opération de Schauta-Mertheim (*La gynécologie*, 31 déc. 1913).
- T. A. CHAMORRO et H. E. CUELLO. — Algo nuevo y algo viejo en una historia. Contribucion al estudio del disagnostico del ambarazo (*Semane méd.*, 2 : 763-764, sept. 12, 1929).
- CHAVANAZ. — Du cloisonnement du vagin dans le prolapsus utérin complet chez les femmes âgées (*Presse médicale*, oct. 1909).
- CLUTE H. M. — Cystocèle ad middle age treated by interposition opération. (*New. England J. Méd.*, 199 : 994-997 7 nov. 15 1928).
- CONRAD. — Sur le traitement opératoire du prolapsus génital chez la femme par le procédé de Kielland (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 4 avril 1925).

- COTTE. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1923).
- COTTE. — Sur la ligamentopexie associée à l'interposition de l'utérus dans le traitement de certains prolapsus (*Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 3 juin 1926 in *Lyon chirurgical*, sept. oct. 1926).
- COUVREUX. — Prolapsus utéro-vaginaux et gestation (*Le Progrès Méd.*, 15 sept. 1923).
- CRILE. — Procédé de suspension de l'utérus dans le prolapsus (*Annals of Surgery*, sept. 1925).
- CROUSSE. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin (*Bruxelle Médical*, 3 fév. 1929).
- DAMM. — Sur le traitement opératoire du prolapsus utérin en particulier par la méthode d'interposition (*Acta obstetrica et Gynécologica Scandinavica*, 1928).
- DE FOURMESTRAUX. — Sur le traitement des prolapsus génitaux des femmes âgées (*Bruxelles Méd.*, 15 nov. 1923 et *Congrès Français de Chir.*, Paris 1923).
- DELBET (Paul.) — Résultats opératoires dans le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès Français de Chir.*, 1923).
- DESMAREST. — La colpectomie totale dans le traitement des grands prolapsus vaginaux (*American Journal of Surgery*, nov. 1920).
- DESMAREST. — Rapport de Savariaud (*Soc. de Chir.*, Paris, 1920).
- DUJARIER (Ch.) — De la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées (*Congrès Franç. de Chir.*, Paris 1923).
- DUJARIER et LARGET. — Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées (*Jour. de Chir.*, mars, 1927).
- DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des releveurs au cours de la périnéorraphie (*Presse Médicale*, 1902).
- DUVERGEY. — Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale chez les femmes jeunes (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 14 mai 1920).
- FAURE et SUTEDÉY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale 1928, 4^e édition, t. I, p. 435 à 445.
- FRAENKEL. — Les principes du traitement des prolapsus génitaux.

- taux : la technique de la ventro-fixation du vagin (*American Jour. of Obstetrics and Gynecology*, juin 1927).
- FAYOT. — Traitement prolapsus utérus (*Thèse Paris*, 1932).
- GASTON. — Traitement préventif du prolapsus au cours de l'hystérectomie abdominale (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923).
- HARTMANN H. — La colpectomie totale dans le prolapsus total des femmes âgées (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925).
- FRANKEL. — Calculs multiples dans une cystocèle de volume moyen (*Zeitschrift für Urologie un XXVI*, n° 1932).
- R. T. FRANK. — Intraabdominal reefing of pubocervical fascia (modified Bolk opération) for cure of cystocèle. (*Am. J. Obst. Gynec.*, 18 : 354-361, sept. 1929).
- R. T. FRANK. — Selection of appropriate operation for cure of prolapse (cystocèle) (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 24 : 574-582, oct. 1932).
- HAUTEFORT. — La suspension du col après hystérectomie subtotale comme moyen de traitement préventif ou complémentaire.
- HELLENDALL. — La ventrofixation du moignon utérin après amputation supra-vaginale ou du dôme vaginal après l'hystérectomie totale, dans les cas de prolapsus simultané du vagin et de l'utérus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 14 février 1925).
- HEMPEL. — L'exohystéropexie dans le traitement du prolapsus total des vieilles femmes (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 12 août 1927).
- HITELSON. — L'opération de Schauta-Wertheim dans le prolapsus de l'utérus (*Roussky Vrach*, 14 juillet 1912).
- JACOB (Gustave). — Prolapsus des femmes âgées : traitement par la colpectomie totale, conservatrice de l'utérus (*thèse Paris* 1921).
- JAGOT. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génital (thèse Paris, 1929).
- J. JARCHO. — Vaginopexy or ventrofixation of vagina simple operation for cure of prolapse of uterus and cystocèle (*Clin. Méd. et Surg.*, 35 : 555-558, Aug. 1928).
- W. C. JONES. — Cystocèle and rectocèle repaired (*J. Florida M. A.* 17 : 582-585, June 1924).
- JEFF MILLER. — Les indications et les résultats de l'interposi-

- tion de l'utérus dans le traitement de la cystocèle et du prolapsus utérin (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, mars 1924).
- JOHNSON. — Résultats éloignés de l'interposition pratiquée contre le prolapsus utérin et la cystocèle (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, avr. 1926).
- F. KROCK. — Treatment of cystocèle with special reference to Watains interposition operation (*J. Arkansas M. Soc.*, 2:177-180, fév. 1931).
- LAPEYRE. — Le prolapsus de l'utérus chez les nullipares jeunes est justiciable de l'hystéropexie absominale ; les autres prolapsus génitaux sont justiciables des opérations vaginales (*Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1923).
- LAPOINTE. — Les opérations conservatrices dans le traitement du prolapsus génital (*La Clinique*, 1909).
- LOISON. — Opération de Freund-Wertheim-Schauta dans la cure de certains prolapsus génitaux (*Thèse Lyon*, mars 1920).
- G. MARION. — De la cure des grandes cystocèles vaginales (*Journ. d'Urol*, n° 1, juillet 1933).
- MARION et J. L. FAURE. — Deux cas de prolapsus génital des vierges traités par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas (*Soc. de Chir.*, Paris, 1908, 14 oct.).
- J. C. MASSON. — Prolapse, cystocèle rectocèle and true vaginal hernia ; diagnosis and treatment (*J. A. M. A.*, 99-1143-1146, oct. 1-1932).
- MERIEL. — Les cystocèles herniaires méconnues (*Prov. méd. Paris*, 1910).
- N. F. MILLER. — End-results from correction of cystocèle by simple fascia pleating method. (*Surg. Gynec. Obst.*, 46 : 403-410, March, 1928).
- H. E. MILLER. — Cystocèle and prolapse. (*New Orleans M. et S. J.*, 84 : 687-693, March 1932).
- H. MOLIN, FR. CONDAMIN et F. R. BISCH. — De la cure chirurgicale des cystocèles. A propos de quelques résultats éloignés. (*Lyon médical*, p. 61, n° 29, 19 juillet 1931).
- MULLER. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin par l'interposition vésico-vaginale de la matrice d'après SCHAUTA et opération complémentaire de Kielland (*Gynécologie et Obstétrique*, déc. 1927).

- NIGEL Stark. — Occlusion de l'orifice utérin consécutive au traitement chirurgical d'un prolapsus utéro-vaginal (*The British Medical Journal*, 30 août 1924).
- O'CONOR. — Prolapsus utérin : ventro-fixation (*The Lancet*, 1^{er} avril 1911).
- B. OTTOW. — Multiple primare Blasensteine in grossen Cystocelen Alter Frauen (*Ztschr. f. urol. chir.*, 32 : 430-434, 1931).
- PALMER FINDLEY. — Prolapsus de l'utérus compliquant la grossesse (*The Journ. of the American Medical Association*, 30 déc. 1911).
- PAYNE NORFOLK. — Prolapsus génital après hystérectomie totale (*Archivs of Surgery*, avril 1930).
- S. C. PENNINGTON. — Relation of cystocèle to upper urinary tract. (*Urol. et Cutan. Rev.*, 36-1-8 janv. 1932).
- L. E. PHANEUF. — Vaginal opérations in treatment of uterine prolapse cystocèle and rectocèle with special reference to interposition operation (*New. England J. Méd.*, 201-815-880 oct. 31, 1929).
- L. E. PHANEUF. — Interposition operation in treatment of uterine prolapse and cystocèle analysis of end results. of 178 consecutive cases (*Rhode Island M. J.* 15 : 137, Aug. 1932).
- PHANEUF. — Le traitement du prolapsus complet des femmes âgées par l'interposition de l'utérus (*Bruelles Médical*, 10 fév. 1927).
- G. PLACINTIANU. — Prolapse of uterus and cystocèle treated by Abadie method (*Spitabul* : 51-100-102, March, 1931).
- POLANO. — Die supposition an stelle der Interposition des Uterus (*Arch. J. Gynak*, 137 : 906-908, 1929).
- POLK. — Prolapsus utérin : plicature sus-pubienne du vagin combinée à un raccourcissement des ligament ronds et utéro-sacrés (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, sept 1912).
- POLLOSON. — Hystérectomie abdominale totale avec colpoxie (*Lyon Médical*, 1906).
- REYNES (Henri). — De l'emploi des fils métalliques perdus dans le traitement des prolapsus (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923).
- SABADINI. — Prolapsus génital des femmes âgées, traitement

- opératoire par le cloisonnement du vagin (procédé de LE FORT) (*Thèse Paris*, 1923).
- SANGUES et COTTE. — Traitement des prolapsus utérins par l'opération de LE FORT (*Société de Chirurgie de Lyon*, 26 fév. 1925).
- SAVARIAUD. — L'opération de Müller (Gynécologie et Obstétrique Paris, 1906 (*Bulletin de la Société anatomique* 1906 (*Soc. de Chir.*, 1919) (*Bul. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 11 mai 1929).
- SAVARIAUD et DUJARIER. — *Société de Chirurgie*, Paris, 30 mars 1923).
- SMITH. — Résultats éloignés d'une opération nouvelle pour cystocèle (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juil. 1924).
- STOECKEL. — Sur l'opération de Wertheim-Schauta pour prolapsus génital (*Arch. für Gynäkologie*, 1910).
- STONE. — Le procédé de l'interposition dans le traitement des prolapsus utérins (*Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Washington*, 12 janvier 1912).
- H. F. STRONGIN. — Combined pessary for non-operative palliative correction of cystocele and retroversion. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 15 : 220-223, feb. 192).
- H. F. STRONGIN. — Combined cystocele retroversion pessary (*Bull. New-York Acad. Med.*, 3, 425-427, june 1927).
- R. E. VAN DUZEN. — Cystoscopic appearance of various types of cystoceles (*South M. J.*, 23 : 580-587, july 1930).
- R. E. VAN DUZEN. — Use of cystoscope as control in diagnosis and treatment of cystoceles (*Urol. et Cutan Rev.*, 36 : 187-194, March 1932).
- R. E. VAN DUZEN W. W. LOONEY. — Reusme of 6 years' study on cystoseles report of new type of repair (*Urol. et Cutan Rev.*, 36 : 603-605, sept 1932).
- VINEBERG. — Les résultats éloignés des différents procédés opératoires appliqués au prolapsus utérin avec cystocèle étendue avant et après la ménopause (*American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, nov. 1921).
- VINEBERG. — Hystérectomie vaginale supracervicale avec interposition du moignon du col dans le traitement de la cystocèle et du prolapsus associé à l'hypertrophie de l'utérus, (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1921).

- WATKINS. — Traitement opératoire des cystocèles et prolapsus utérin très accusés (*Soc. Américaine de Gynécologie*, avril 1909).
- WATKINS. — Le traitement opératoire des cystocèles et prolapsus utérins très accusés (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mai 1909).
- WATKINS. — Transposition de l'utérus et de la vessie dans le traitement de la cystocèle vaginale étendue et du prolapsus de l'utérus (*The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, fév. 1912).
- WERNER. — L'interposition utéro-vésicale abdominale. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 22 août 1925).
- ZAWADZKI (Alexandrie). — Étude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de Chir*, Paris 1923).

107